



**Druk zapotrzebowania na wsparcie w ramach Programu
"Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2024**

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

.....
adres zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....
telefon kontaktowy

1. Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności?*

- TAK w stopniu znacznym z niepełnosprawnością sprzężoną
- TAK w stopniu znacznym
- TAK w stopniu umiarkowanym z niepełnosprawnością sprzężoną
- TAK w stopniu umiarkowanym
- TAK w stopniu lekkim

Przez niepełnosprawność sprzężoną rozumie się posiadanie orzeczenia ze wskazaniem co najmniej dwóch przyczyn niepełnosprawności.

2. W przypadku dzieci do 16 roku życia: Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami w pkt 7 i 8 w orzeczeniu o niepełnosprawności: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji?*

- TAK
- NIE

3. Czy w przypadku uzyskania wsparcia wskaże Pani/Pan osobę Asystenta?*

- TAK
- NIE

*zaznaczyć właściwe

.....
data i podpis

OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się (zostałem/łam zapoznany/a) z treścią Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie chęci uczestnictwa w programie „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024 nie jest jednoznaczny z zakwalifikowaniem do udziału w Programie – stanowi jedynie diagnozę potrzeb w powyższym zakresie. Po otrzymaniu środków z funduszu solidarnościowego Gmina będzie prowadziła nabór uczestników do Programu.

(data, czytelny podpis)